DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**046 de (2025)**
	Tipo	SUMINISTRO						
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES EN LA CENTRAL DE ADECUACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.".							
Contratista	FRESENIUS KABI COLOMBIA S.A.S.							
Identificación (CC – Nit)	900.402.080-1							
Representante Legal	**Suleiman Fredyuit Valdomir Vaucher**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	JANNETHE NOVOA CUCARIAN						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	06/04/2025
Iniciación	22/04/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	1 mes	22/04/2025	15/05/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	1 mes	22/04/2025	15/05/2025

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$56.287.000,00
VALOR ADICIÓN	$6.000.000,00
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$62.287.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FV192261	ZF000000018339	23/04/2025	$ 47.825.930,00
FV193234	ZF000000018510	05/05/2025	$ 8.103.360,00
FV193962	ZF000000018725	13/05/2025	$ 6.077.520,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS Y/O POR EFECTUAR	$62.006.810,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$280.190,00

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

OBJETO	VERIFICACIÓN
	"SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES EN LA CENTRAL DE ADECUACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.".

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	El seguimiento se realiza mediante informes de supervisión mensual y elaboración informes pago facturas.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Cargue en SECOP, SIIF y parafiscales.

7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES
(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

DATOS REQUERIDOS

8. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
18-44-101105816	SEGUROS DEL ESTADO S.A	14/04/2025	15/11/2025

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.
Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes					x
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					X
Oportunidad en la gestión					X
Calidad del bien o servicio					X
Cumplimiento					x

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

SE REALIZA ACTA FINAL DEL CONTRATO. SE REALIZA LIBERACIÓN POR UN VALOR DE $280.190,00 (DOSCIENTOS OCHENTA MIL CIENTO NOVENTA PESOS) SE REQUIERE PARA QUE CON LA FIRMA DEL ACTA VERIFIQUE LA PLATAFORMA Y REALICE EL CARGUE DE FACTURAS Y LOS PARAFISCALES MES DE ABRIL 2025 PARA PROCEDER A LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.

Se firma en Bogotá, dejando constancia que el contrato se da por terminado a los (15) días del mes de Mayo (05) de (2025)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**JANNETHE NOVOA CUCARIAN**	**Nombre Representante Legal**	Firmado digitalmente por Suleiman Valdomir Nombre de reconocimiento (DN): cn=Suleiman Valdomir, o=Fresenius Kabi Colombia SAS, ou=Gerente General, email=suleiman.valdomir@fresenius-kabi.com, c=CO Fecha: 2025.05.19 18:15:04 -05'00' **Suleiman Fredyuit Valdomir Vaucher**
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar – Supervisora	**Identificación**	CE 6353213

Digitally signed by Juan Carlos Bracht
DN: cn=Juan Carlos Bracht, o=Fresenius Kabi Colombia S.A.S., ou=Gerente Legal & Compliance , email=juan.bracht@fresenius-kabi.com, c=CO
Date: 2025.05.19 14:50:29 -05'00'
Adobe Acrobat Reader version: 2025.001.20474